

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N°337

A propos d'une observation
d'allongement œdémateux
du col utérin
(Clinique obstétricale 1932)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 6 Décembre 1932

PAR

Elikonide GRANKINE

Médaille d'Honneur des Epidémies

Née le 29 Mai 1893, à STARY OSCOL (Russie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

Allongement œdémateux généralisé du col

(10 cas dans la littérature)

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 337

A propos d'une observation
d'allongement œdémateux
du col utérin
(Clinique obstétricale 1932)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 6 Décembre 1932

PAR

Elikonide GRANKINE

Médaille d'Honneur des Epidémies

Née le 29 Mai 1893, à STARY OSCOL (Russie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUANT
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERA...
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

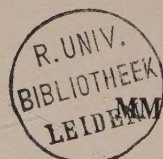
Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	KPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; RHENTER, assesseur,
ROCHET et EPARVIER

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

DOCTEUR ANDRÉ OVTCHINNICOFF

A MA SŒUR

DOCTEUR ANNA OVTCHINNICOFF-GRANKINE

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
*Professeur de Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon*

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Nous le prions d'agréer l'expres-
sion de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER
Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a accueilli aimablement
dans son service, et nous a donné
les documents nécessaires.

Nous le prions d'agréer l'expres-
sion de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD
Chef de Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse, nous a dirigée de ses précieux conseils et nous a donné les matériaux nécessaires.

Nous le remercions du bon accueil qu'il nous a toujours réservé et nous lui adressons l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR MICHEL FEDOROFF

Ancien Ministre

Président du Comité de Patronage

de la Jeunesse Universitaire Russe à l'Etranger

Il a bien voulu nous aider à terminer nos études abandonnées depuis un temps lointain qui a été fort pénible pour nous.

Nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERET

*Directeur du Sanatorium Départemental de la Bucaille
à Aincourt*

Il a bien voulu nous recevoir au Sanatorium de Seyssuel dirigé alors par lui, nous encourager de reprendre et de terminer nos études.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune, alors que nous venions cet été dans le service pour perfectionner nos connaissances en obstétrique, d'observer une femme grande multipare, qui, au voisinage du terme, a présenté un *allongement œdémateux du col utérin*.

Ce col, augmenté de volume très brusquement et en totalité, faisait hernie à la vulve et nous avons pu très facilement le faire photographier. Ces photographies, que nous reproduisons dans ce travail, sont très intéressantes, car elles permettent de voir des lésions qu'il est vraiment exceptionnel de rencontrer dans la clinique.

C'est la rareté d'un semblable fait dont une trentaine d'observations authentiques sont à peine connues dans la littérature obstétricale, depuis le mémoire de Guéniot, qui nous a incité à faire cette observation le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous remercions Monsieur Pigeaud, qui, remplaçant notre maître, Monsieur le Professeur Voron, a bien voulu nous confier les documents que nous reproduisons plus loin.

Nous remercions également Monsieur le Professeur Agrégé Rhenter qui nous a accueillie aimablement dans son service et qui nous a autorisée à reproduire

une très intéressante observation d'œdème polypiforme, unilatéral du col, observation publiée par lui à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon (séance du 5 janvier 1926).

Il est classique depuis Guéniot de distinguer deux formes d'allongement œdémateux du col :

1° Allongement œdémateux généralisé ;

2° Allongement œdémateux unilatéral, souvent qualifié d'allongement polypiforme.

Éliminant complètement de ce travail les faits concernant l'allongement hypertrophique du col, nous étudierons dans une courte revue générale les deux formes anatomiques observées à propos des allongements œdémateux, puis nous rapporterons nos observations.

Allongement œdémateux généralisé du col

(10 cas dans la littérature)

INTRODUCTION

Leroux, de Dijon, semble être le premier auteur qui ait signalé cette affection.

En 1810, il décrit brièvement le fait suivant : une femme enceinte, presque vers la fin de sa grossesse, a présenté le col utérin rapidement augmenté de volume.

En l'examinant, Leroux trouva le col sortant hors de l'orifice vulvaire et représentant « le cou d'une bouteille avec son bourrelet à l'extrémité ». Il introduisit un doigt dans l'ouverture, et il le poussa jusqu'à l'orifice interne qui était « fermé par les membranes de l'enfant. Dès que les douleurs de l'accouchement se déclarèrent, le col diminua de longueur et s'effaça peu à peu à mesure que l'orifice intérieur se dilata ».

Quarante ans plus tard, Cazeaux publie l'observation assez complète concernant une malade qui a présenté un prolapsus du col œdématié, augmenté de longueur et de circonférence pendant presque toute la durée d'une de ses grossesses.

Quelques années après, Herpin, de Genève, ensuite Scanzoni citent un cas semblable.

C'est à Guéniot que revient le mérite d'étudier avec soin cette affection et d'en avoir donné une description à laquelle les travaux plus modernes n'ont rien ajouté.

En 1872 il écrit : « Chez certaines femmes il existe pendant la grossesse et parfois au moment de l'accouchement une affection particulière du col utérin, qui, presque toujours méconnue dans sa nature, n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune description. Les erreurs thérapeutiques qu'elle a occasionnées sont assez graves, cependant, pour démontrer son importance clinique et lui valoir une mention spéciale dans la pathologie de la femme enceinte. Telle est, du moins, l'une des premières conclusions que son étude me paraît devoir légitimer.

Quelquefois, pendant le travail de l'accouchement, on voit se produire un œdème plus ou moins considérable de la lèvre antérieure du museau de tanche. C'est ce qui arrive lorsque la portion sus-jacente des parois utérines se trouve fortement comprimée entre la tête fœtale et l'arc antérieur du bassin. La tuméfaction peut alors être telle que la lèvre œdématiée et allongée vienne faire saillie, à l'orifice vulvaire. Mais cette complication du travail, généralement sans gravité, est depuis longtemps connue des accoucheurs et mon intention n'est pas d'en traiter ici. L'affection dont je vais m'occuper reconnaît, en effet, d'autres causes, présente d'autres caractères et réclame aussi d'autres soins que la précédente ; elle offre en un mot

une physionomie propre, un cachet individuel. La dénomination que je lui ai attribuée en indique assez les principaux traits consécutifs pour que toute explication préliminaire soit superflue ».

Il serait très intéressant de reproduire ici l'observation qui est typique du premier cas où il observa cette maladie.

C'était une femme, ayant eu 5 enfants, âgée de 37 ans, enceinte de 8 mois 1/2.

Cette femme, à la suite « d'une course fatigante en omnibus », fut prise des douleurs lombaires, inguino-crurales et vulvaires, de léger suintement sanguin et remarqua qu'une masse charnue faisait saillie à la vulve. « Pendant la nuit la tumeur est rentrée d'elle-même » ; mais le lendemain, « après un nouveau trajet en voiture, elle a reparu avec l'écoulement sanguin et les douleurs de la veille » ; en outre, la malade présentait les troubles de la miction.

Guéniot, en l'examinant, constata la présence d'une tumeur rouge, humide, légèrement ulcérée, du volume d'un œuf de poule et faisant issue comme un champignon à travers l'orifice vulvaire. La tumeur était divisée « en deux portions arrondies à peu près de grosseur égale, par un sillon transversal » d'où s'écoulaient les mucosités sanguinolentes ; et il a reconnu qu'elle était formée par le col utérin très allongé, œdématié et prolabé.

En introduisant doucement le doigt dans l'interstice qui séparait les deux lèvres, Guéniot a pu parcourir aisément un trajet de 8 centimètres.

Les parois de ce canal étaient humides et d'une con-

sistance très molle. L'orifice interne était perméable et au bout du canal endocervical, il perçut les membranes et la tête fœtale. Extérieurement la tumeur put être contournée sur tous les points dans le vagin comme entre les grandes lèvres. Ses deux tiers intravaginaux étaient « cylindriques et beaucoup moins volumineux que la portion herniée ». Elle se continuait en haut avec le corps utérin, dont les parois étaient un peu abaissées, ainsi que les culs-de-sac vaginaux. Cette tumeur fut réduite très facilement et le lendemain le col utérin avait repris son volume normal. Tout de suite après la réduction la malade eut quelques contractions douloureuses, mais le decubitus dorsal et l'administration d'un lavement laudanisé ont suffi à les calmer. 24 heures après la réduction les douleurs de l'enfantement se sont fait sentir à nouveau et la malade accoucha alors normalement et rapidement d'un enfant de 2 kgs 885 gr.

Les observations de tous les cas relatés par les différents auteurs ayant étudié l'allongement œdémateux généralisé du col ressemblent par l'uniformité de leurs symptômes à cette observation de Guéniot.

Dans l'observation que nous publions l'affection a été récidivante.

Dans le chapitre qui va suivre nous nous proposons d'étudier les symptômes, le diagnostic et la pathogénie de cette forme de la maladie.

CHAPITRE PREMIER

Symptômes - Diagnostic - Pathogénie

I. — Symptômes

L'allongement œdémateux généralisé du col survient chez une femme enceinte à n'importe quel moment de la gestation. Mais d'après toutes les observations publiées concernant cette forme de l'affection, il semble qu'elle est surtout fréquente au voisinage du terme. Dans la littérature obstétricale, on ne trouve que deux cas où elle a été observée au début de la grossesse : le troisième mois (observation 2, Guéniot) et la sixième semaine (observation 3, Guéniot). Fort rarement elle pourrait apparaître pendant le travail et exceptionnellement se reproduire au cours des suites de couches, comme chez la malade de Guéniot (observation 2). C'est une affection aiguë.

Brusquement, à la suite d'un effort, d'un accès de toux, par exemple, la malade ressent des douleurs lombaires, inguino-génitales ou parfois la simple impression que « quelque chose se déchire », comme chez la malade de Monsieur Pigeaud. Elle aperçoit un

corps charnu à la région vulvaire, lequel est le siège de suintement séreux ou séro-sanguin.

La malade se plaint d'une sensation désagréable, d'une gêne, d'un corps étranger à la vulve.

Les fonctions vésicales sont troublées, la femme éprouve souvent des envies fréquentes d'uriner, avec difficulté à la miction pouvant aller jusqu'à la rétention. Chez certaines malades on note même une constipation opiniâtre.

Tous ces troubles, qui s'accompagnent parfois de faiblesse générale, s'accroissent pendant la station verticale et aux moindres efforts.

Les symptômes objectifs, qui dominent dans cette forme de l'affection, sont les suivants : l'œdème, la mollesse extrême du col utérin, l'augmentation de sa longueur et de son volume ; le prolapsus et l'issue hors de la cavité vaginale.

La partie herniée du col, qui est le museau de tanche ou plutôt celui-ci et la portion qui le suit, se présente sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une noix ou d'un œuf de poule.

Cette tumeur, souvent oblongue, est de teinte rouge, quelquefois violacée et humide. Fréquemment ulcérée et si l'affection est de longue durée, elle est couverte des granulations fongueuses (observation 2, Guéniot).

Elle est libre, non adhérente à l'orifice vulvaire.

Au centre de la tuméfaction ou un peu en arrière, on aperçoit une fente, le plus souvent transversale, car il s'agit généralement des multipares.

Comme le reste de la tumeur, ses bords sont rouges et humides. Cette fente est l'orifice externe du col d'où

s'écoulent des mucosités sanguinolentes. L'orifice étant perméable on introduit aisément un doigt et on pénètre dans un canal, lequel est le trajet endocervical. La longueur de ce trajet est très augmentée, elle peut atteindre 7, 8 ou même 9 centimètres.

En poussant très doucement le doigt on arrive à l'orifice interne, lequel est aussi dépourvu de resserrement, comme le reste du canal. On reconnaît le dernier orifice à la présence des membranes de l'œuf qui viennent à son contact.

Le canal endocervical est régulièrement cylindrique, à parois très souples, lisses et humides. Il sécrète avec le museau de tanche un liquide séreux ou séro-sanguinolent.

En examinant extérieurement l'organe malade dans son ensemble, on constate qu'il a la forme d'un cylindre volumineux et allongé, renflé en massue à la portion herniée et déclive.

Au-dessus du museau de tanche issu, on aperçoit un léger étranglement correspondant à l'orifice vulvaire. A ce resserrement fait suite la portion du col restant dans le vagin et confinant au corps de l'utérus.

« Les deux portions vaginale et sus-vaginale se trouvent, écrit Guéniot, simultanément atteintes par l'altération. Mais tandis que la première a pris surtout de l'extension en largeur, la seconde, au contraire, s'est développée pour ainsi dire exclusivement dans le sens longitudinal, et c'est à elle seule, le plus souvent qu'est dû l'allongement excessif du col ». Cet allongement peut être considérable puisque la distance entre ses deux orifices interne et externe peut

atteindre, comme nous avons dit plus haut, jusqu'à 9 centimètres (Guéniot, observation 2). Tout le col est de consistance molle, souple, dépressible, quasi semi-fluctuante. Après compressions, même très courtes, sur différentes portions, l'organe diminue de volume et « perd sa turgescence ».

Quoique accompagné parfois d'un malaise fort pénible, il est indolore à l'exploration.

La muqueuse de recouvrement de cette tuméfaction est différente suivant les régions ; celle du museau de tanche, en plus de sa couleur particulière (rouge ou livide) est lisse, tendue et, comme nous l'avons déjà dit plus haut, souvent ulcérée et couverte d'un liquide muco-purulent ou muco-sanguinolent. Au-dessus du museau de tanche, la muqueuse change de couleur, elle prend la teinte presque naturelle. De plus, elle n'est pas lisse, mais présente des rides. C'est la muqueuse du fond du vagin entraînée en bas par le col.

Au toucher vaginal, le doigt explorateur trouvant ce col si modifié, le contourne aisément. En plus, il constate que les parois utérines participent à ce ramollissement extrême. Elles sont, étant douées d'une grande souplesse, plus minces et plus dépressibles qu'à l'état normal.

A mesure que la grossesse avance, ces caractères s'accroissent.

Le segment inférieur étant très flasque, il arrive un moment où, sous le poids de l'œuf, il descend si bas dans la cavité pelvienne, qu'on peut le toucher au

neuvième mois près de l'orifice vulvaire (observation 2, Guéniot).

Les parois vaginales se ramollissent aussi outre mesure. Les culs-de-sac vaginaux persistent, mais sont diminués dans leur profondeur.

La vessie peut suivre le mouvement de descente. Ce léger prolapsus utérin se produit sans que le plancher mou du bassin soit effondré par les déchirures périnéales antérieures. Chez une des malades de Guéniot (observation 2), « malgré les accouchements antérieurs, la vulve reste étroite, le périnée assez résistant et la fourchette presque intacte ».

Un autre symptôme, non moins important, est la réductibilité très facile de la tumeur suivie de la résolution spontanée.

Cette réduction peut s'effectuer parfois d'elle-même, si la femme prend la position couchée et garde ainsi le repos pendant quelques jours. Après la réduction on note presque immédiatement le soulagement ou même la disparition de tous les maux concomitants (douleurs lombaires et inguino-génitales, troubles de la miction). La tumeur réduite, chez une femme gardant la position horizontale, se résorbe avec une rapidité surprenante. Guéniot constata, chez une de ses malades, la diminution pendant le refoulement. Dès le lendemain ou le surlendemain du taxis, le col utérin paraît de longueur et de volume normaux et c'est à peine s'il peut présenter encore une certaine mollesse. Son canal redevient imperméable au doigt.

Après la réduction et la résolution on note le rétablissement de la profondeur de la cavité vaginale.

De telle sorte qu'en examinant la malade quelques jours après, il serait presque impossible de soupçonner la modification préexistante du col.

Dans d'autres cas, rares et moins heureux, la tuméfaction diminue lentement et l'organe reste augmenté de volume pendant un temps plus ou moins long.

Un autre signe très constant est l'intermittence de reproduction de l'affection. Elle peut se reproduire plusieurs fois et sous l'influence de cause minime.

Chez la malade de Monsieur Pigeaud la tuméfaction s'est reproduite à deux reprises.

Cet œdème du col avec prolapsus peut durer pendant plusieurs mois. Il ne devient permanent qu'après une période correspondant à la première moitié de la grossesse, durant laquelle la tumeur se forme le jour et se réduit la nuit sous l'influence du repos.

On peut voir même cette affection se manifester au cours de plusieurs grossesses, comme le relate Guéniot dans son observation IV.

II. — Diagnostic

La description que nous venons de donner n'ajoute rien à celle qui a été faite par Guéniot en 1872.

La maladie avec laquelle on peut la confondre est l'allongement hypertrophique du col. On considère deux formes d'allongement hypertrophique du col :

1° l'allongement hypertrophique d'origine inflammatoire, résultat de métrite cervicale ; 2° l'allongement hypertrophique congénital, sorte de malformation. C'est une affection qui survient bien avant la grossesse et qui est chronique. Antérieurement à la gestation le col hypertrophié se présente sous la forme d'une tumeur rouge, allongée, cylindrique ou conique, de 4 à 7 centimètres de long.

De consistance ferme, au début il est contenu dans le vagin, ensuite il sort pendant les efforts et rentre dès que la femme prend la position horizontale. Puis avec le progrès de l'affection, une portion du col reste herniée en permanence. La femme ressent des maux de tête, des douleurs abdominales, de la gêne pendant la marche, parfois elle présente des troubles de la miction et de la défécation. Sur ce col extériorisé en partie se greffe l'infection qui le rend douloureux et ulcéré au niveau du museau de tanche. Les règles deviennent anormales. Au toucher vaginal on trouve le col résistant, les culs-de-sac normaux. L'utérus est en antéversion exagérée.

Pendant la grossesse le col hypertrophié augmente encore de volume et de longueur. Il remplit presque toute la cavité vaginale. La saillie à l'extérieur s'accroît en raison directe de l'âge de la grossesse.

Les divers troubles : pesanteur, douleur s'accroissent. La sécrétion abondante dont il est le siège fait apparaître de l'intertigo crural. La marche devient pénible et la malade déprimée demande le soulagement. Malgré le ramollissement apporté par la grossesse, le col hypertrophié garde sa consistance plus

ou moins dure, résistante, surtout en comparaison de celle du col œdématié.

En résumé, l'allongement hypertrophique du col est une affection chronique, d'évolution très longue, qui prend la forme d'une tumeur de consistance ferme, peu réductible, sans aucune tendance à la régression. Il est donc difficilement confondu avec l'allongement œdémateux généralisé du col, qui est une affection aiguë, passagère, intermittente et se présente comme une tumeur molle, réductible et résorbable.

Une autre affection à distinguer de l'allongement œdémateux du col est le prolapsus simple. Mais ce dernier se différencie aisément de la maladie que nous décrivons, par l'absence de l'œdème et de l'augmentation de longueur du col.

Ces trois maladies sont bien distinctes au point de vue anatomique, mais elles peuvent exister simultanément chez une femme enceinte. Un col primitivement hypertrophié et prolabé peut s'œdématier d'une façon aiguë, et ces trois affections différentes deviennent cliniquement difficilement analysables.

III. — Pathogénie

Physiologiquement l'hypertrophie des différents éléments de l'utérus et l'hypervascularisation apportées par l'état de grossesse ont pour effet d'augmenter dans les proportions notables le volume du col. Des

autopsies pratiquées sur les sujets arrivés au huitième ou neuvième mois de gestation, un certain nombre de coupes après congélation ont montré que la longueur moyenne du col était alors de 4 ou 5 centimètres au lieu de 2 ou 3 centimètres, longueur normale hors de grossesse. Mais cette augmentation n'atteint jamais les proportions constatées dans l'allongement œdémateux du col.

En outre, il est normal que la grossesse contribue au ramollissement du col utérin. Dès les premières semaines il perd de sa consistance au niveau du pourtour de l'orifice externe. Ensuite le ramollissement envahit progressivement et de bas en haut, de l'orifice externe vers l'orifice interne toute l'étendue du col. Vers le milieu du neuvième mois, tout l'organe est ramolli. Ce ramollissement est beaucoup plus marqué chez les multipares. Mais comme pour l'augmentation de volume, ce ramollissement reste inférieur en intensité à celui que l'on constate dans l'affection que nous nous proposons d'étudier. Il a été remarqué que certains états de la femme peuvent constituer une prédisposition à cette affection : tels que santé médiocre, tempérament lymphatique, prolapsus antérieur, multiparité.

Les circonstances occasionnelles dans lesquelles se voit cette maladie sont fort variables : secousses répétées de voiture, présence d'une tumeur abdominale, etc. En somme, toutes causes qui augmentent la pression abdominale exercée sur l'utérus gravide.

Pourquoi certaines femmes et non toutes dans des conditions analogues sont-elles sujettes à cette affec-

tion ? Guéniot pense que chez elles il existe « un état anatomique particulier du col ». Etat particulier caractérisé par « la faiblesse, l'atonie, ou si l'on veut, la semi-paralysie des fibres musculaires » et qui prédispose « à l'engorgement hyperémique ». De plus, toute cause qui a pour effet d'augmenter la pression des viscères abdominaux et par cela même de repousser le segment inférieur dans le pelvis, entraîne une gêne de la circulation veineuse du col, dont le résultat est la congestion et l'extravasation séreuse. Il se produit de la sorte une imbibition, de l'œdème de la muqueuse ainsi que de la couche cellulaire sous-muqueuse et cela plus particulièrement au niveau du museau de tanche hernié et serré par l'orifice vulvaire.

En résumé, il se forme une véritable apoplexie séreuse de tout le col et laquelle est plus marquée au niveau de la partie extériorisée de l'organe atteint.

CHAPITRE II

Gestation et Accouchement

I. — Gestation

L'allongement œdémateux généralisé du col utérin, comme nous l'avons signalé déjà, est une affection extrêmement rare et lorsqu'elle survient c'est de préférence vers la fin de la grossesse.

En apparaissant elle entraîne souvent, mais pas toujours, l'interruption de la gestation quelques semaines avant les neuf mois révolus.

La réduction s'accompagne presque constamment d'ébauche de douleurs utérines. Après une accalmie obtenue à la suite de l'institution de la thérapeutique appropriée, laquelle cesse rapidement d'être efficace, le travail de parturition se déclare. Dans d'autres cas, cependant, la réduction n'était pas incriminée comme la cause déclenchante.

II. — Accouchement

Dans les cas heureux, qui sont les plus fréquents, au cours du travail, le col, étant revenu sur lui-même à la suite de la réduction antérieure, s'efface et se dilate tout à fait normalement sans se montrer à la vulve. Les contractions utérines étant régulières et efficaces, l'accouchement se termine aisément.

Dans d'autres cas, le col, n'étant pas réduit avant le travail, reste œdématié et prolabé.

A mesure que les contractions utérines se produisent, il se raccourcit progressivement tout en restant dehors. Puis il s'efface et se dilate de façon normale. Les douleurs d'enfantement étant suffisantes, l'expulsion de l'ovoïde fœtal se fait très facilement. (Leroux).

Mais parfois les choses ne se passent pas ainsi. L'œdème généralisé du col avec prolapsus semble gêner la dilatation. Malgré les contractions utérines très énergiques, ce col œdématié se dilate très lentement. Cependant, avec de la patience, on assiste à l'accouchement spontané. (Cazeaux).

Dans les cas exceptionnels on note la dystocie due à l'inertie partielle et au défaut de la dilatation comme chez la malade de Monsieur Pigeaud. Après les tentatives infructueuses de la réduction, le col restait hernié et œdématié au début du travail. Les contractions utérines étaient irrégulières, insuffisantes pour amorcer l'effacement et ensuite la dilatation. Après plus de 24 heures d'un état stationnaire on a fait deux injections consécutives de pituitrine.

A la suite de cette médication les douleurs sont devenues intenses, le col est remonté spontanément. La dilatation a atteint 6 centimètres de diamètre. Puis malgré les contractions utérines très énergiques, la dilatation est restée au même niveau pendant plus de deux heures. Pour terminer l'accouchement, Monsieur Pigeaud a achevé manuellement la dilatation qui, du reste, a été très facile et a appliqué le forceps.

III. — Suites de couches

Elles sont le plus souvent simples, avec seulement parfois une abondance exagérée des lochies. Cependant, l'affection peut se reproduire avec tout son cortège de symptômes, mais après le traitement elle disparaît. La malade de Monsieur Pigeaud a conservé le prolapsus au premier degré pendant quelques jours, ensuite tout rentra dans l'ordre à tel point qu'il a été impossible de soupçonner les lésions du col observées à la fin de la gestation.

CHAPITRE III

Pronostic et traitement

I. — Pronostic

A. — POUR LA MÈRE

L'allongement œdémateux généralisé du col est une affection plutôt bénigne. Elle ne met pas la vie de la femme en danger. Mais par les malaises et les douleurs qui l'accompagnent, par les troubles de la miction qu'elle occasionne, par la difficulté de la marche qu'elle provoque et même par la grande facilité de récurrence, cette maladie porte une grande entrave à la vie normale de la femme atteinte et ébranle sa santé.

B. — POUR L'ENFANT

Par le fait que la grossesse n'arrive pas souvent à terme, cette affection compromet donc la vie du produit de conception : soit que l'expulsion ait lieu avant le délai de viabilité, soit que ce délai franchi, nous ayons affaire à un prématuré dont la santé est toujours précaire.

II. — Traitement

A. — PENDANT LA GROSSESSE

Après avoir posé le diagnostic exact de l'affection, il faut appliquer le traitement approprié.

Tout d'abord on doit proscrire l'intervention chirurgicale qui pourrait avoir des conséquences fatales pour la femme par suite de l'hémorragie.

De même il faut rejeter la mise d'un pessaire : c'est un moyen dangereux, car il provoque l'avortement.

Le traitement le plus simple et le moins dangereux, consiste dans la réduction du col prolabé.

Pour effectuer cette réduction, on met la malade en position obstétricale, on prend délicatement entre les bouts des doigts le museau de tanche, on le comprime légèrement pour faire diminuer son volume et puis, doucement, on le refoule dans le vagin, en suivant la paroi postérieure du dernier. On porte ainsi la tumeur dans la cavité vaginale aussi haut que possible. Après la réduction effectuée, on sonde la femme. On met un pansement ouaté, que l'on fixe au moyen d'un bandage en T. Pour éviter la récurrence de la tumeur on ordonne à la malade le repos horizontal pendant quelques jours. Après avoir traité le col prolabé il faut tâcher de supprimer les circonstances occasionnelles : si c'est la toux, donner des béchiques ; si c'est la constipation, prescrire des laxatifs. Sur le col il ne faut mettre aucun médicament, même s'il est ulcéré.

Après un tel traitement, l'organe malade revient rapidement à ses dimensions et à sa situation normales.

Souvent la réduction est accompagnée de contractions utérines et pour prévenir l'accouchement avant le terme, ou l'avortement, on doit, en plus du repos, administrer un lavement laudanisé.

B. — PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Si l'affection persiste pendant l'accouchement, il faut tenter la réduction. Après l'échec de la dernière, l'expectation armée doit être de règle.

Dans la plupart des cas, à mesure que le travail avance, le col hernié diminue de longueur et ensuite se dilate normalement. Nous n'interviendrons pas.

Mais si la dilatation fait défaut et par cela même met obstacle à l'expulsion du fœtus, il faut pratiquer la dilatation par manœuvres manuelles qui sont, du reste, très simples. Ensuite l'accouchement s'achève spontanément. Dans les cas rares, cependant, où le travail est très long, pour éviter le surmenage obstétrical et la souffrance de l'enfant, il faut appliquer le forceps.

C. — APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Si le col a repris ses dimensions et sa place normales, les suites de couches devront être conduites comme après un accouchement spontané. Mais si le col est resté prolabé, il faut le réduire, comme il a été dit plus haut, et insister sur le repos horizontal. Ensuite on peut conseiller de porter un pessaire pendant un temps assez court.

CHAPITRE IV

L'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col utérin

Dans ce chapitre et dans ceux qui vont suivre, nous nous proposons d'étudier rapidement l'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col utérin pendant la grossesse qui constitue la deuxième forme de l'affection.

Pour l'étude de cette forme de la maladie, comme pour la première exposée plus haut, nous suivrons à peu près le même plan.

L'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col de l'utérus au cours de la gestation est une éventualité aussi très rare et c'est à peine si l'on peut en trouver une vingtaine de cas dans la littérature.

Le premier auteur qui l'observa paraît être Duclos.

Ensuite quelques autres auteurs se sont occupés de cette question.

En 1908, Monsieur J. Rouvier trie toutes les observations préexistantes des malades atteintes de cette affection et décrit la maladie.

Plus tard, en 1922, Monsieur J. Rouvier publie l'observation concernant une femme qui a présenté

Œdème polypiforme, unilatéral du col vers la fin de la gestation.

En 1924, Turenne publie également les observations concernant deux malades qui présentaient cette affection.

Enfin, en 1926, Monsieur le Professeur agrégé Rhenter décrit le cas d'une de ses malades qui présentait un allongement œdémateux polypiforme localisé à la lèvre postérieure du museau de tanche.

Cette observation a été publiée par Monsieur le Professeur agrégé Rhenter à la « Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon » et sur l'aimable autorisation de l'auteur nous la reproduisons à la fin de ce travail.

CHAPITRE V

Symptômes - Diagnostic - Pathogénie

1. — Symptômes

L'œdème polypiforme, unilatéral du col utérin, pareillement à l'œdème généralisé, survient très brusquement. A la suite d'un effort, la femme enceinte ressent une douleur aiguë dans le bas-ventre et puis aperçoit une tumeur, faisant saillie à la vulve.

La tuméfaction ainsi apparue est accompagnée de suintement sanguin.

Cette forme de la maladie s'observe à n'importe quel moment de la grossesse, mais de préférence semble-t-il, au cours du travail. Comme dans le cas célèbre, décrit par Duclos, une femme de 34 ans en travail de son cinquième enfant, « éprouva tout à coup, après 24 heures de douleurs modérées, une souffrance aiguë et poussa un cri perçant ». Un corps allongé parut entre les lèvres de la vulve et cette apparition fut accompagnée d'une légère hémorragie, de pâleur et de faiblesse. A son arrivée il trouva une tumeur cylindrique, faisant hors de la vulve une saillie de 4 doigts, large de 2 pouces, inégale, résistante, d'une

de couleur rouge foncé. Il reconnut, au toucher vaginal, qu'elle était formée par la lèvre antérieure œdématisée et allongée.

L'œdème polypiforme ne s'accompagne pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Après avoir ressenti une douleur aiguë et passagère au début de l'affection, la femme enceinte ne perçoit plus qu'une gêne à la région vulvaire. Cette tumeur l'inquiète plutôt qu'elle ne la fait souffrir. Cependant, si la maladie survient au cours du travail, elle peut avoir des souffrances extrêmes comme dans le cas de Duclos.

La tumeur œdémateuse peut avoir un volume fort variable, depuis la grosseur d'une noix (Monsieur Rhenter) jusqu'à celle d'une tête fœtale (Calmeille). Survenue pendant l'accouchement, elle a tendance d'augmenter de dimensions tant que persiste la cause du trouble de la circulation intralabiale.

Cette tumeur est luisante et de couleur rouge violacé. A chaque contraction utérine sa teinte s'assombrit et parfois peut prendre l'aspect noirâtre à cause de l'épanchement sanguin dans les tissus de la lèvre lésée.

A sa surface, souvent ulcérée, on ne constate pas la présence de l'orifice externe du col utérin.

Au toucher, elle est de consistance molle.

L'examen intra-vaginal montre que la tuméfaction, faisant issue à travers l'orifice vulvaire, se continue par l'intermédiaire d'un pédicule vers une des lèvres du museau de tanche. L'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col utérin, intéresse le plus

souvent la lèvre antérieure, rarement la postérieure, comme chez la malade de Monsieur le Professeur agrégé Rhenter.

Si on a la chance de suivre la formation de cette tuméfaction, ce qui est possible si elle survient pendant la parturition, on constate qu'elle débute à la partie médiane de la lèvre atteinte en faisant une saillie. Le col prend alors la forme « d'un bec de flûte ».

Puis progressivement et très rapidement la grosseur augmente de volume, descend de plus en plus et arrive ensuite à faire hernie à travers l'orifice vulvaire. Cette tumeur étant herniée, peut-être, néanmoins, refoulable dans la cavité vaginale.

La tuméfaction ainsi constituée a la forme cylindrique. Tout à fait au début elle est cécile, mais vivement elle devient pédiculée : la partie déclive se renfle et la plus élevée s'étire.

La lèvre cervicale restée saine, garde sa situation normale ou même semble remonter vers le détroit supérieur.

L'orifice externe du col paraît normal, comme chez la malade de Monsieur Rhenter ; parfois, cependant, il prend la forme « d'une larme funéraire, à sommet inférieur, comprise dans un plan incliné de haut en bas ».

L'orifice interne est souvent entr'ouvert à cause du tiraillement produit par le poids de la lèvre œdématisée.

La cavité endocervicale peut rester normale, ou se

modifier de façon à prendre la forme d'un « véritable éteignoir à base taillée en biseau ».

L'index explorateur trouve la cavité vaginale de profondeur normale. Les culs-de-sac ne sont pas abaissés, ils sont libres et profondément dépressibles.

Le symptôme dominant de cette forme de l'affection est l'œdème aigu localisé à une lèvre cervicale, laquelle, comme nous l'avons dit plus haut, se gonfle rapidement, se pédiculise et fait issue hors de l'orifice vulvaire.

Un autre signe, non sans importance, se constatant ici comme dans la première forme de la maladie, est l'intermittence de reproduction de la tuméfaction pendant la gestation. Elle peut se reproduire plusieurs fois, soit durant la même grossesse, comme chez la malade de Monsieur le Professeur agrégé Rhenter, soit au cours de plusieurs gestations chez une même femme (Rouvier). L'évolution de l'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col, est variable. Lorsqu'il survient au cours de la gestation, il peut se résorber spontanément et rapidement, en mettant la femme dans la position horizontale, comme cela fut observé chez la malade de Monsieur Rhenter : « Dès le lendemain la tuméfaction n'est plus perçue qu'au toucher à la partie moyenne du vagin. Le surlendemain le col a repris son aspect normal. »

Le sort de cette tumeur n'est plus le même si elle apparaît pendant le travail de l'accouchement. Dans certains cas on note sa résorption spontanée, comme chez la malade de Monsieur Rouvier (1). Mais le plus

(1) Gynécologie et Obstétrique, 1922, p. 374.

souvent elle persiste tant que sa cause de production n'est pas supprimée et si la désorganisation du tissu intra-labial est très intense, elle peut même durer après la délivrance.

II. — Diagnostic

D'après Tarnier et Budin, le diagnostic de cette forme de l'affection ne présente aucune difficulté.

A. — AU COURS DE LA GESTATION

Il est facile de la différencier de l'allongement œdémateux généralisé du col : par la présence de l'orifice externe du col au centre ou en arrière de la tumeur et par d'autres signes propres à cette forme.

Rien ne s'oppose, néanmoins, à ce que l'allongement œdémateux polypiforme survienne sur un col déjà atteint de l'allongement œdémateux généralisé.

L'allongement hypertrophique localisé à une lèvre cervicale pourrait entraîner une confusion. Mais cette maladie est d'évolution chronique. Elle est antérieure à la grossesse et se manifeste par la présence d'une tumeur de consistance dure, sans aucune tendance à la régression spontanée. Elle peut donc être facilement éliminée après un examen attentif.

Cependant, comme dans la première forme pour

laquelle au cours de la grossesse un col atteint d'allongement hypertrophique total peut en être le siège, ici, de même, l'œdème polypiforme, unilatéral peut prendre naissance sur une lèvre primitivement hypertrophiée.

Le diagnostic à faire est plus malaisé avec les tumeurs pédiculisées du col.

Il faudra éliminer : 1° Le polype muqueux du col, qui se présente sous la forme d'une tumeur de consistance molle, de couleur rosée ou violacée, presque translucide. Il saigne facilement. Mais nous le reconnaitrons à son évolution non aiguë, à l'absence de régression spontanée et au manque de douleurs.

2° Le polype fibreux avec lequel le diagnostic est plus délicat. Pendant la grossesse ces fibromes utérins se ramollissent beaucoup et parfois ils augmentent de volume très rapidement. Par leur consistance, ils peuvent ressembler de façon étrange à la tumeur œdémateuse. Mais comme pour le polype muqueux c'est par le début qui n'est jamais brusque et par le manque de douleurs que le problème sera résolu.

B. — AU COURS DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

En plus des maladies que nous venons de citer, il faut discuter pendant l'accouchement le diagnostic de la cystocèle ou de la rectocèle survenues au cours de l'expulsion de l'enfant. Mais l'examen attentif combiné au toucher vaginal pourront éviter de faire cette confusion.

Le diagnostic est plus difficile à résoudre avec le placenta inséré sur la face interne du col. On peut penser à cette éventualité lorsque la lèvre tuméfiée prend la coloration de celle de la face utérine du gâteau placentaire. Mais en examinant minutieusement, il devient aisé de constater que la tumeur n'est pas seulement appliquée à la face interne du col, mais elle est bien dans l'épaisseur même de son propre tissu et l'index explorateur ne pourra jamais se loger entre la tumeur et la paroi utérine interne.

III. — Etiologie et pathogénie

L'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col est une tumeur constituée par la muqueuse infiltrée d'une lèvre du museau de tanche.

Il se produit presque uniquement dans la présentation du sommet et on a soutenu qu'il est surtout fréquent dans la position occipito-postérieure.

Son origine est attachée à toute cause qui engendre le pincement brusque et intense, momentané ou assez durable du col utérin entre la tête fœtale et la paroi pelvienne. Cette compression provoquant une gêne considérable dans la circulation veineuse intralabiale, produit l'extravasation séreuse très abondante d'où l'œdème rapide. Comme la première forme de la maladie, l'œdème polypiforme est donc une véritable apoplexie séreuse.

Les conditions dans lesquelles s'observe cette forme de l'affection sont fort dissemblables.

On l'a constaté parfois dans les bassins viciés. Mais la pelviviciation n'est pas indispensable à sa production.

Elle a été observée chez des primipares en cas d'engagement très profond de la tête fœtale. Cependant, la primiparité ne donne pas le pourcentage prédominant de la fréquence.

Chez les multipares l'accroissement du volume fœtal, qui est directement proportionnel au nombre de grossesses, semblerait *a priori* prédisposer à la formation de l'œdème polypiforme, unilatéral du col. Mais les femmes qui ont été atteintes de cette affection ont accouché d'enfants plutôt de poids moyen. Le seul facteur étiologique à envisager chez cette catégorie de malades serait la déflexion de la tête fœtale causée par la faible résistance des parois utérines.

Cette déflexion est surtout très fréquente dans les occipito-postérieures et c'est la raison pour laquelle ces présentations fournissent le plus grand nombre de cas d'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col de l'utérus (Auvard).

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement

I. — Pronostic

A. — PENDANT LA GROSSESSE

Pendant la grossesse le pronostic de cette forme de l'affection est bénin pour la mère et pour l'enfant.

Après l'institution du traitement approprié, la tumeur œdémateuse disparaît et la gestation suit son cours normal jusqu'au terme.

Dans d'autres cas, cependant, l'apparition de la maladie coïncide avec le déclenchement du travail de l'accouchement prématuré, lequel, du reste, si la poche des eaux est intacte, peut être enrayé.

B. — PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Pendant le travail, la parturition peut n'être nullement influencée et se terminer spontanément.

Les contractions utérines étant régulières et suffisantes l'effacement et la dilatation du col se font normalement.

La tumeur étant petite la tête arrive à franchir cet obstacle. Pour le grand nombre d'auteurs cette tumeur œdémateuse ne constitue pas un obstacle mécanique à l'expulsion de l'ovoïde fœtal. C'est plutôt par les douleurs extrêmes dont elle peut être le siège, qu'elle influence parfois la marche du travail. Les contractions utérines dans des cas semblables deviennent irrégulières, inefficaces. La dilatation se fait mal. L'accouchement traîne en longueur. Si on ne remédie pas à temps à cette inertie partielle du muscle utérin la vie de l'enfant risque d'être compromise de même que la santé de la mère est en jeu.

Cependant, mais rarement, malgré de bonnes contractions utérines la tumeur œdémateuse peut devenir une cause de dystocie sérieuse. Etant considérable et sortant au devant de la tête fœtale elle forme une sorte de clavette et par cela même empêche la tête d'avancer (Etienne).

Un autre fait à redouter est la possibilité des complications telles que :

1° Le thrombus.

La tumeur polypiforme étant constituée par la muqueuse œdématiée du museau de tanche peut être, après la rupture des vaisseaux intralabiaux, le siège d'infiltration sanguine. Le foyer sanguin ainsi formé s'agrandit sans cesse et ses parois finissent par se rompre en donnant lieu à une hémorragie. Cette hémorragie peut se montrer durant le travail, mais le plus souvent elle se produit dans les suites de couches (cinquième jour chez la malade de Johnston).

Dans ce dernier cas elle est presque toujours mortelle.

2° Rupture de la lèvre cervicale.

Une autre complication, mais moins grave que la précédente, est la déchirure de la lèvre au cours de la dilatation. Le siège de la déchirure est variable : parfois c'est la lèvre lésée qui se déchire, dans d'autres cas c'est la lèvre saine qui cède.

Pour que le pronostic de l'accouchement soit toujours favorable pour la mère et l'enfant, on peut déduire de tout ce que nous venons d'écrire, que : 1° le diagnostic de la cause de la maladie doit être précoce; 2° la conduite à tenir doit être inspirée par le facteur étiologique en jeu.

II. — Traitement

A. — PENDANT LA GROSSESSE

Si l'allongement œdémateux polypiforme survient chez une femme au cours de la gestation et si elle ne présente aucun signe de travail prématuré, il faut la mettre au repos simplement. Le décubitus dorsal en déclive sans d'autres médications, suffit amplement pour faire disparaître l'affection (comme chez la malade de M. le Professeur Agrégé Rhenter).

Au cas où la malade n'étant pas à terme, présente quelques contractions douloureuses et si la poche des

eaux est intacte, il faut chercher à enrayer l'accouchement prématuré. Pour cela, en plus du repos horizontal, on doit administrer des opiacés en lavement.

B. — PENDANT L'ACCOUCHEMENT

La tumeur œdémateuse polypiforme survenue au cours du travail n'entraîne pas forcément la dystocie.

Dans le sous-chapitre précédent, nous avons dit déjà qu'il existe des observations où l'accouchement fut spontané. Dans les cas bénins, qui sont les plus fréquents (l'absence de la pelviviciation, la tuméfaction est très petite, à son début de formation), l'expectation armée doit être de règle. Mais cette conduite ne doit pas être prolongée sans motifs plausibles et au moindre signe alarmant on doit intervenir. L'intervention n'est pas toujours seule et la même, elle varie suivant la cause de la maladie et des symptômes de cette dernière. Au cas où le col a de la difficulté à se dilater il faut terminer la dilatation par manœuvres manuelles.

La dilatation étant obtenue, s'il s'agit des occipitopostérieures, on doit faire la rotation interne de la tête fœtale. Après cette rotation effectuée, la flexion céphalique peut se rétablir d'elle-même. La tuméfaction, n'ayant plus alors sa cause de production, se résorbe spontanément et l'expulsion de l'ovoïde fœtal se fait aisément. Mais si après la dilatation com-

plète, que ce soit dans les occipito antérieures ou dans les occipito postérieures, après l'échec de la rotation interne, la tumeur œdémateuse est petite et ne régresse pas, il faut la refouler au-dessus de la tête. Ce refoulement doit être exécuté dans l'intervalle des contractions (Etienne).

Au cas où la tumeur serait considérable, très tendue, noire, et comme menacée de gangrène, on pourrait pratiquer un certain nombre de petites mouchetures dans le but d'évacuer les différents liquides, infiltrer et de déterminer son affaissement.

Cependant, si la femme présentait un bassin vicié la thérapeutique citée plus haut deviendrait insuffisante. Le travail risque de se prolonger outre mesure et d'entraîner pour la mère soit le surmenage obstétrical, soit un accident très grave et pour l'enfant la souffrance et même la mort.

Après avoir diagnostiqué la forme et le degré de la pelviviciation, il faut pratiquer l'extraction artificielle, soit par la version (bassin plat), soit par le forceps si le degré de rétrécissement le permet. L'application de forceps doit être prudente, car on a signalé des accidents tels que : la déchirure ou même l'arrachement de la lèvre cervicale malade.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I

Madame P..., 34 ans.

IVpare (les trois grossesses et accouchements antérieurs normaux).

Porteuse de fissure palatine, la malade n'a jamais eu aucune maladie sauf de l'anémie.

Examen général permet de constater :

Poumons sains.

Cœur normal.

Varices très accentuées aux membres inférieurs.

Absence de l'œdème.

Urines normales (absence de l'albumine...)

Aucun antécédent gynécologique.

Dernières règles le 28 octobre 1931.

La grossesse actuelle se passait normalement, sans aucun incident jusqu'au huit mois et trois quarts.

29 juillet 1932. La malade étant enceinte de 8 mois et 3/4, après une journée de travail pénible, sentit brusquement sans douleur « quelque chose qui se dé-

chirait dans son ventre » et venait faire saillie à la vulve.

Au bout d'une demi-heure tout rentra spontanément dans l'ordre et elle ne s'en inquiéta pas plus.

Le lendemain, même chose, mais cette fois le fait persistant, la malade prit peur et se fit amener à la Charité, bien qu'elle n'eût que de petites douleurs dans les reins.

30 juillet 1932. A l'arrivée les douleurs avaient passé légèrement.

A l'examen, on constate qu'au niveau de la vulve le col utérin apparaissait, sortant de trois travers de doigts environ, un peu œdématié avec son orifice externe fermé et une cicatrice de déchirure à gauche.

Au toucher vaginal on trouve que tout le col est très augmenté de volume et de longueur, en plus, il est de consistance très molle.

Le vagin n'est pas intéressé, tous les culs-de-sac sont normaux.

Les tentatives de réduction échouent (réduction manuelle. — Malade en Trendelenbourg).

On calme les douleurs avec du chloral.

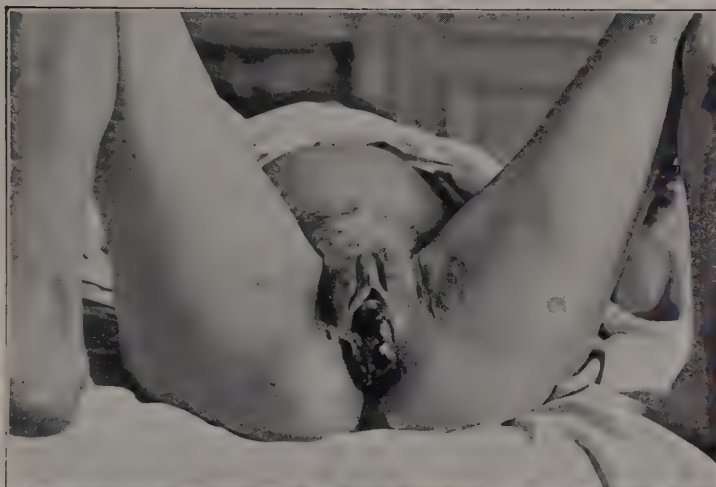
Tête fœtale en O. I. G. A.

B. C. : +.

La malade a un peu de température : 38°2.

31 juillet 1932. Apparition des douleurs mais pendant toute la journée et la nuit elles ne font que survenir très irrégulièrement durant deux ou trois heures au maximum.

Localement on ne constate aucune modification sauf quelques ulcérations légères du col œdématié.



Cet état stationnaire persiste pendant plus de vingt-quatre heures.

La malade a la température normale.

1^{er} août 1932. Le col utérin reste toujours hernié et œdématisé. On ne constate aucun début de l'effacement ni de la dilatation.

Les contractions utérines sont irrégulières.

10 h. 30'. Même état. Absence de l'effacement et de la dilatation.

Les douleurs sont toujours irrégulières et inefficaces.

On fait une injection sous-cutanée de « pituitrine » Choay N4.

Quelques minutes après, de bonnes douleurs apparaissent.

11 h. 45'. Deuxième injection à la même dose.

A ce moment le col remonte progressivement dans le vagin.

Les eaux sont faites spontanément.

La dilatation du col est alors à 6 centimètres.

Le toucher vaginal montre que la tête est sur le plancher périnéal.

13 h. 40'. Les douleurs sont toujours très violentes, mais l'état du col est stationnaire.

Les bruits du cœur deviennent irréguliers.

14 heures. Les douleurs continuent à être énergiques mais la dilatation du col n'avance pas, elle est toujours au même niveau.

L'état général de la malade est bon.

Les bruits du cœur fœtal continuent à être irréguliers.

M. Pigeaud appelé décide de terminer la dilatation.

Anesthésie générale. M. Pigeaud pratique la dilatation du col par manœuvres manuelles, laquelle, du reste, est facile et termine l'accouchement par l'application de forceps sur la tête qui est sur le plancher périnéal.

La délivrance est faite sans incidents, par refoulement.

L'enfant, du sexe féminin, est née étonnée et du poids de 2.540 gr.

2 août 1932. La malade va bien. La température est normale.

M. Pigeaud pratique le toucher vaginal.

Le toucher permet de tendre le col encore augmenté de volume. Très bien réformé il présente une déchirure à gauche. Dans son ensemble il a la forme d'un cône.

Sa longueur est de cinq à six centimètres.

L'orifice externe est à un centimètre de la vulve.

Les culs-de-sac vaginaux sont difficilement atteints à bout de doigts.

La quantité de lochies est normale.

Les jours suivants des suites de couches se passent d'une façon normale.

11 août 1932. M. Pigeaud réexamine la malade.

Au toucher vaginal il constate que le col est sensiblement normal de volume, de consistance et de longueur.

Cependant, il existe le prolapsus au premier degré avec cystocèle.

12 août 1932. La malade quitte la Charité.

Une quinzaine de jours après la sortie, la malade a été revue par M. Pigeaud.

L'examen gynécologique pratiqué à cette époque n'a révélé aucune modification du col et la disparition du prolapsus. Tout est si bien rentré dans l'ordre qu'il a été impossible de soupçonner les lésions pré-existantes du col utérin.

OBSERVATION II

M. RHENTER

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon.

Séance du 5 janvier 1926)

« Nous tenons à rapporter un fait clinique recueilli dans notre clinique privée : il s'agit d'un cas d'allongement œdémateux du col au huitième mois de la grossesse, accident bien connu et décrit par les classiques, mais qui paraît, cependant, assez exceptionnel.

Mme X... Tertigeste, enceinte de 8 mois environ a eu deux accouchements normaux, en 1922 et en 1924, le premier ayant seulement été marqué par la lenteur de la dilatation. Elle ressent brusquement un peu de douleur dans le bas-ventre à la suite d'un effort, puis une sensation de gêne à la région vulvaire, en même temps qu'apparaît un suintement rosé.

Appelé d'urgence, je constate, affleurant l'orifice

vulvaire une tuméfaction rouge, un peu ulcérée à la surface, du volume d'une noix environ.

Au toucher cette masse de consistance molle apparaîtrait comme pédiculée et peut être suivie jusqu'au col utérin dont elle prolonge la lèvre postérieure. En avant, l'orifice externe est normalement béant et la lèvre antérieure ne présente aucune anomalie.

Mise au repos, en position déclive, la malade n'accuse aucune douleur et dès le lendemain la tuméfaction n'est plus perçue qu'au toucher, à la partie moyenne du vagin.

Le surlendemain, le col a repris son aspect normal.

Le même accident se reproduit à deux reprises, dans les dix jours suivants, moins accusé toutefois, et cédant à la même thérapeutique.

Un mois plus tard, sans aucun incident, et de façon remarquablement rapide, la malade accouche d'un très bel enfant.

L'examen du col, à la fin du post-partum, ne décele aucune particularité. »

CONCLUSIONS

Nous avons recueilli à la clinique obstétricale une observation très complète d'allongement généralisé du col utérin, survenu brusquement chez une grande multipare dans les jours qui ont précédé l'accouchement.

Cette observation ainsi qu'une deuxième qui nous a été communiquée par M. le Professeur Agrégé Rhenter, jointes à la lecture des rares observations authentiques, publiées dans la littérature obstétricale nous permettent de proposer les conclusions suivantes, qui, du reste, ne modifient en rien les données classiques.

A. — L'allongement œdémateux du col, véritable apoplexie séreuse peut s'observer à n'importe quel moment de la grossesse mais surtout, semble-t-il, au voisinage immédiat du terme.

B. — Les allongements œdémateux survenant au cours de la grossesse ne semblent pas forcément suivis d'accouchement prématuré. Tout peut rentrer en ordre et la grossesse suivre son cours normal.

C. — L'allongement œdémateux (nous n'envisageons ici que l'allongement œdémateux apparaissant avant tout début du travail) gêne la dilatation du col. Ce n'est pas, cependant, semble-t-il, une cause de dystocie grave et avec de la patience on assiste le plus souvent à l'accouchement spontané.

Dans notre observation, cependant, il a été nécessaire de terminer la dilatation par manœuvres manuelles, mais il s'est agi des manœuvres simples qui ont été suivies d'extraction facile de l'enfant.

D. — Les suites de couches sont habituellement normales et l'examen du col pratiqué une quinzaine de jours après l'accouchement témoigne habituellement de la disparition complète des lésions observées à la fin de la grossesse.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 22 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

*Pour le Recteur et par délégation,
le Vice-Président du Conseil de l'Université,*

KLEINCLAUSZ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, p. 220.
- BUDIN et DÉMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, p. 658 et 804.
- CALMEILLE. — Tumeur pédiculée faisant saillie à la vulve au moment de l'accouchement. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1874, p. 675).
- CAZEAUX. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. VII, p. 305.
- Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, p. 724.
- COHEN (J.). — Dystocie par œdème polypiforme unilatéral du col utérin. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 16 : 148, 150, fév. 1927).
- DUBRIZAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- DUCLOS. — Prolongement spontané de la lèvre antérieure dans quelques cas d'accouchement. (*Bull. de la Faculté de Médecine*, 1818, t. VI).
- ETIENNE (G.). — Du gonflement de la lèvre antérieure du col utérin comme cause de ralentissement du travail et moyen d'y remédier. (*Archives de Tocologie et de Gynécol.*, 1822, p. 203).
- FABRE. — Précis d'Obstétrique.
- GUÉNIOT. — De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse. (*Archives générales de Médecine*, 1872, t. 1, p. 402 ; t. II, p. 34).
- HERPIN. — De l'allongement démesuré du col de l'utérus. (*Gazette Médicale de Paris*, 1856),

- HUNTER. — Scute post-partum œdema of cervix uteri. (*J. Obst. et Gynec. brit. emp.*, 34 : 72-82, 1927).
- LEROUX. — Pertes de sang. (2^e édit., Dijon, 1810).
- MALEVIELE. — L'allongement hypertrophique du col de l'utérus pendant la grossesse. (*Thèse de doctorat*, 1921-1922).
- MANLEY. — Edema of cervix pregnaney with repport of case. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 16 : 109-110, july 1928).
- PIGEAUD et PIOGET. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, 7 nov. 1932.
- RHENTER. — Allongement œdémateux du col pendant la grossesse. (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécol.*, 1926, p. 180).
- ROUVIER. — De l'allongement œdémateux polypiforme, unilatéral du col (1). (*Obstétrique*, 1908, p. 353).
- Œdème polypiforme unilatéral chez une femme en fin de gestation. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922, p. 374).
- TURENNE. — Edema recidivante del cuello uterino gravido. (*Revis. med. d'Uruguay*, 32 : 35-38, janv.-fév. 1924).
- SCANZONI. — *Archives de Médecine* 1859, 5^e série t. XIII, 354.

(1) On trouvera dans l'Obstétrique, 1908, p. 366, une bibliographie complète de l'allongement œdémateux unilatéral du col.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	11
ALLONGEMENT ŒDÉMATEUX GÉNÉRALISÉ DU COL (introduction)	13
<i>Chapitre premier.</i> — Symptômes. Diagnostic. Pathogénie	17
<i>Chapitre II.</i> — Gestation et Accouchement	27
<i>Chapitre III.</i> — Pronostic et Traitement	31
<i>Chapitre IV.</i> — Allongement œdémateux polypiforme unilatéral du col (introduction)	35
<i>Chapitre V.</i> — Symptômes. Diagnostic. Pathogénie.	37
<i>Chapitre VI.</i> — Pronostic et Traitement	45
<i>Chapitre VII.</i> — Observations.	51
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° **IMPRIMEURS-ÉDITEURS** °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°



